附件

“慈方中医传承发展国际论坛-眼耳鼻口咽喉针药治疗实战经验交流大会”参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职务、职称 |  |
| 工作单位 |  | | | | | 邮编 |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 固定电话 |  | | | 电子邮箱 |  | | |
| 移动电话 |  | | | 传真 |  | | |
| 继教学分 | 需要（ ） 不需要（ ） | | | | | | |
| 其他要求与建议 | | | | | | | |

备注：1.此表复印有效。

2.请参会代表提前报送参会回执，以便会务组及时安排有关事宜。